
HOITAJIEN KOKEMUKSIA SYÖPÄPOTILAAN KIVUNHOIDOSTA

Terveyskeskuksen vuodeosastolla




Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, Syksy 2013

Anni Rupponen

Anni Rupponen



FORSSA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Anni Rupponen	Vuosi 2013
Työn nimi	Hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoidosta - terveyskeskuksen vuodeosastolla	

TIIVISTELMÄ


Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia kivunhoitotyön menetelmistä, kun potilaana on syöpää sairastava henkilö. Tarkoituksena oli myös tarkastella tutkimukseen osallistuneiden vuodeosastojen käytänteitä ja niiden eroavaisuuksia. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kivunhoitomenetelmiä, joita voi käyttää terveyskeskusten vuodeosastoilla. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös tutkia hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoitotyöstä terveyskeskuksen vuodeosastolla ja mitä mahdollisia ongelmia kivunhoidossa on.

Opinnäytetyö toteutettiin kahden terveyskeskuksen vuodeosastoilla, jotka sijaittivat Etelä-Pirkanmaalla. Opinnäytetyön aihe syntyi yhteistyössä vuodeosastojen osastonhoitajan kanssa. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Opinnäytetyötä varten haastateltiin neljää sairaanhoitajaa sekä neljää lähihoitajaa. Haastattelutavat työskentelivät vuodeosastolla, jossa opinnäytetyö toteutettiin. Teemahaastattelun avulla kerättiin tietoa hoitajien kokemuksista syöpäpotilaiden kivunhoidon toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä. Haastattelussa kysyttiin myös syöpäpotilaiden palliatiivisen eli oireenmukaisen hoidon toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat kokivat syöpäpotilaan kivunhoitotyössä olevan monia eri osia. Työhön vaikutti myös hoitajan oma asenne kivunhoitoon. Hoitajat olivat kiinnostuneita kivunhoidosta ja halukkaita kehittämään toimintaansa sekä omaa osaamistaan. Hoitajat kokivat palliatiivisen hoitotyön erilaisten oireiden hoitamisena, asentohoitoina sekä hyvänä ravitsemuksen seuraamisena.

Avainsanat Syöpäpotilas, kivunhoitotyö, palliatiivinen hoitotyö

Sivut 24 s. + liitteet 8 s.



Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered nurse

Author	Anni Ruppenen	Year 2013
Subject of Bachelor's thesis	Nurses' experiences of cancer patient pain management in health care ward	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to clarify nurses' experiences of the methods of pain management work when they have a patient who suffers from cancer. The purpose was also to consider convention and their differences of the variety of the conventuin in the wards taking part in this research. This thesis aimed to clarify methods of pain management which can be used in health centre wards. The thesis aimed also to study nurses' experiences in pain management work in health centre wards and study what possible problems there are in pain management.

This thesis was accomplished in two health centre wards which are located in Southern Pirkanmaa. The thesis topic arose in cooperation with the wards' department manager. In this thesis a qualitative research method was used and the material was collected by theme interviews. Four (4) nurses and four practical nurses who are working in wards were interviewed for the research. With the theme interviews information was collected on the experiences that nurses had in cancer patient pain management execution, evaluation and developing. In the interviews the nurses were also asked about the cancer patient palliative care execution, evaluation and developing.

According to the results the nurses and practical nurses felt that the pain management of the cancer patient was manifold. Nurses' work was also affected by their own attitude in pain management. Nurses were interested in pain management and they were willing to improve their activity and their own know-how. Nurses felt that the palliative care is to taking care of different kind of symptoms and keeping track of good nutrition.

Keywords Cancer patient, pain management work, palliative work

Pages 24 p. + appendices 8 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SYÖPÄPOTILAS.....	2
2.1	Syöpäpotilaan kivunhoitotyö	2
2.1.1	Lääkkeellinen kivunhoito	3
2.1.2	Lääkkeetön kivunhoito	4
2.2	Palliativinen hoitotyö	5
2.3	Syöpäpotilaan ravitseminen.....	5
2.4	Syöpäpotilaan pahoinvointi.....	6
3	KIPU	6
3.1	Nosiseptiivinen, neuropattinen ja idiopaattinen kipu	6
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	7
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	7
5.1	Tutkimusmenetelmä, kohdejoukko ja aineiston keruu.....	8
5.2	Aineiston analysointi	9
5.3	Aineiston raportointi	10
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	11
6.1	Syöpäpotilaan kivunhoitotyön eri tekijät	11
6.2	Kivunhoitotyön toteutus	12
6.3	Kivunhoitotyön kehittäminen.....	13
6.4	Palliativinen hoitotyö	14
7	POHDINTA.....	15
7.1	Luotettavuus	17
7.2	Eettisyys	18
7.3	Johtopäätökset	19
7.4	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	19
	LÄHTEET	21

LIITE 1	Saatekirja
LIITE 2	Suostumuslomake
LIITE 3	Teemahaastattelurunko
LIITE 4	Kaavio 1. Kivunhoitotyön eri tekijät
LIITE 5	Kaavio 2. Kivunhoitotyön toteuttaminen
LIITE 6	Kaavio 3. Kivunhoitotyön kehittäminen
LIITE 7	Kaavio 4. Palliatiivinen hoitotyö
LIITE 8	Kaavio 5. Miten yläkategorioista on muodostettu pääluokka.

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kivunhoitomenetelmiä, joita voi käyttää terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla kivunhoito on kuitenkin hieman eri tyylistä kuin isoissa sairaaloissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös tutkia hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoitotyöstä terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla ja mitä mahdollisia ongelmia kivunhoidossa on. Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitajien yhtenäisten käytäntöjen selvittäminen sekä mahdollinen kehittäminen. Opinnäytetyön avain sanat ovat syöpäpotilas, kivunhoitotyö, palliatiivinen hoitotyö. Yhteystyötahona oli kaksi Pirkanmaalaista vuodeosastoa.

Syöpä on riippuvainen geenien vuorovaikutushäiriöstä eli syöpä on perimäaineen muutoksen tulos. Tämä geenien muutos aiheuttaa kasvaimen. Ihmisen kehossa syntyy jatkuvasti perimäaineen vaurioita useissa soluissa, solujen entsyymit kuitenkin korjaavat niistä suurimman osan. Syöpä syntyy nykyisen käsityksen mukaan, koska mutaatioita sattuu sellaisissa geneeissä usein, millä on solujen kasvun ja erilaistumisen säätelyssä tärkeä osatekijä. (Mikä on syöpä.)

Vuonna 2010 Suomessa naisten yleisin syöpä on ollut rintasyöpä (4673 kpl), paksusuolen syöpää 904 kpl, kohdunrungon syöpää 803 kpl, keuhko/henkitorven syöpää 748 kpl sekä ihosyöpää (ei- melanoomaa) 692 kpl. Miesten yleisin syöpämuoto vuonna 2010 oli Eturauhas- syöpä 4697 kpl, keuhko/henkitorven syöpää 1628 kpl, paksusuolen syöpää 836 kpl, ihosyöpä (ei- melanoomaa) 776 kpl sekä rakon seudun syöpää 700 kpl. (Suomen syöpärekisteri 2012.)

Syöpää sairastavilla yleinen oire on kipu. Oireista kipu on syövän pelätyimpiä ja ahdistavimpia. Syöpäpotilaan kipu vaikuttaa laaja- alaisesti potilaan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin sekä se voi rajoittaa toimintakykyä monella tapaa. Kun erilaisille kipupotilaille on tehty tutkimuksia ovat tutkimusten tulokset olleet yhtenäisiä siinä, että kipu laskee elämänlaatua. Kivun vaikuttavuus näkyy syöpäpotilaan eri elämänlaadun ulottuvuuksilla. Ulottuvuuksia ovat mm. emotionaalinen, fyysinen, sosiaalinen sekä kognitiivinen osa- alue. Syöpäpotilaille kivunhoidolla on suuri merkitys, koska kipu on yleinen oire syöpätaudeissa. Ja kivunhoidolla on merkitystä myös elämänlaadulle. Elämänlaatua syöpäpotilaalla voidaan parantaa tehokkaalla kivunhoidolla. (Hamunen & Heiskanen 2009, 10–12.)

2 SYÖPÄPOTILAS

Syöpäpotilas on ihminen, jolla on syöpätauti. Syöpätaudeille yhteinen tekijä on, että solut lisääntyvät kontrolloimattomasti. Normaali solu on elimistön rakennusosa, solut sisältävät perintötekijämme. Kun solussa on geenivirhe, altistaa se solun syöpätaudille. Kasvamalla paikallisesti, lähettämällä etäpesäkkeitä sekä aiheuttamalla yleisoireita syöpä vaurioittaa elimistöä ja soluja. Jos henkilö on perinyt geenivirheen, on hänellä 5- 10 % mahdollisuus sairastua syöpään. Myös elintavat vaikuttavat riskiin sairastua syöpään. (Vuorinen 2008, 4.)

Opinnäytetyössä syöpäpotilas oli aikuinen syöpätautia sairastava henkilö. Syöpäpotilas oli ollut hoidettavana terveyskeskuksen vuodeosastolla väliaikaisesti, palliatiivisessa hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla tai potilas oli tällä hetkellä hoidossa terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Tutkimuksen Salmenoja & Salminen (2007.) mukaan oirekirjo on muuttunut, uupumus on noussut oireena yleisemmäksi ja pahoinvointi on jäänyt takalalle. Tutkimuksessa kartoittui johtaviksi oireiksi uupumus, masennus, kipu ja unihäiriötä. Kivun alihoitoon esitettiin syiksi osaamisen puute sekä yksilöllisen arvioinnin puute. (Salmenoja & Salminen 2007, 827.)

Kuolevaa potilasta hoidettaessa on hoitohenkilökunnan muistettava pitää huoli itsestään. Tutkimuksessaan Molander (1999.) kertoo, että hoitajalla joka hoitaa kuolevaa potilasta tulisi olla tarpeeksi vahva itsetuntemus, kyky käsitellä sekä tunnistaa omia tunteita, työidentiteettiä ei saisi liikaa pohjautua omanarvontunne. (Molander 1999, 88.)

2.1 Syöpäpotilaan kivunhoitotyö

Syöpäpotilaan kipuun vaikuttaa erilaiset kokemukset. Kipu on subjektiivinen tunne syöpäpotilaalle. Kipuun vaikuttavia kokemuksia ovat hengelliset, sosiaaliset sekä henkiset kokemukset. Kipu aiheuttaa muutoksia potilaan elämäntyyliin, persoonallisuudessa sekä toimintakyvyssä. Kivuton yöni sekä kivuton olo päivällä levossa, voitaisiin pitää hoidon tavoitteena. Elämäntapamuutoksia tulee kivun myötä väistämättä. Jotta kipuja voidaan hoitaa hyvin, vaaditaan luottamuksellista hoitosuhdetta. (Bachmann 2000, 8.)

Yksinkertaisin periaattein toteutettu syöpäpotilaan kivunhoito ei ole vaikeaa ja näin saadaan aikaiseksi hyvä hoito. Potilaalta aluksi kannattaa selvittää mitä hän tietää sillä hetkellä sairaudestaan. Jos potilaan kivun hoidolle ei lääkkeellisesti saada vastetta, kannattaa miettiä psyykkisten tekijöiden osuutta kivunhoidolle. Kipua voi myös voimistaa pelko, unihäiriöt sekä ahdistuneisuus.

Syöpäpotilaan kipua pystytään suurimmaksi osaksi hoitamaan yksinkertaisella lääkityksellä. (Hamunen, Heiskanen & Idman 2009, 3413–3415.)

Kipua hoidettaessa on tärkeää oikeaan kipudiagnoosiin pääsemiseksi, potilaan perusteellinen tutkiminen. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä kivun määrä ja hoidon vasteen arviointi, kun kipua hoidetaan. Tulee luoda luottamus potilaaseen, selvittää potilaan kivun mekanismit, laatia potilaalle hoitosuunnitelma ja selvittää kivun syy. Nämä ovat hyvän tutkimuksen tavoitteet. (Vuorinen & Kalso 2007, 7.)

On tutkittu kipupotilaiden kokemuksia ryhmänohjauksessa ja tämän tutkimuksen tulosten mukaan uusia mahdollisuuksia kivun hallintaan toi tieto kivun hallintamenetelmistä, mutta eri kivunhallintamenetelmät koettiin vaikeiksi toteuttaa ja niiden monipuolinen käyttäminen jäi vähäiseksi. Vertaisryhmän tuki koettiin tärkeäksi ja antoisaksi, ja myös kun sai jakaa samankaltaisia kokemuksia, koettiin keventäväksi, helpottavaksi ja lohdullisiksi. Vertaisryhmää haastateltavat pitivät merkittävänä tuen antajana. Oli myös tärkeää, että ohjaaja kuunteli keskusteluja aidosti. (Holma, Joronen & Koivula 2010, 294 – 296.)

Potilaan ja hänen omaistensa tarve sairauden tiedon saamisesta sekä sairauden etenemisestä auttavat heitä tekemään päätöksiä sekä he ymmärtävät mikä merkitys kipulääkkeillä on. Kokonaisvaltaisen kivunhoidon ymmärtäminen kuuluu kuolevan potilaan kivunhoitoon, kun kivunhoito ymmärretään kokonaisvaltaisesti, niin voidaan siltä pohjalta kivunhoidon lievittämiseen sitoutua. (Sailo 2000, 165.)

Syövän vaikutus kivunhoitoon määritellään, niin että ensiksi määritellään kivun syy ja mekanismi. Kipuja saadaan parannettua, esimerkiksi jos kasvainta saadaan pienennettyä ja etäpesäkkeitä hävitettyä sädehoidolla tai solunsalpaajahoidolla. Potilaista kahdella kolmasosalla on kipuja loppuvaiheessa, sekä noin kolmasosalla potilaista kipu on jo osastolle saavuttua. Luustopesäkkeiden aiheuttamaa kipua voidaan lievittää kipusädehoidolla vaikka varsinaisesti pesäkkeet eivät häviäisi. (Vainio 2009.)

2.1.1 Lääkkeellinen kivunhoito

Syövästä aiheutuvien kipujen hoitoon on WHO antanut selvät kansainväliset hoitosuosituksot. Potilaalle kivunhoito tulee aloittaa tulehduskipulääkkeillä, ellei ole vasta-aiheita. Kun potilaalle aloitetaan lääkkeellinen kivunhoito, tulee muistaa myös haittavaikutukset, mitä lääkkeet voi aiheuttaa. Haittavaikutuksia voi olla; vaikutukset mahanlimakalvoon, yliherkkyys joillekin lääkeaineelle, vaikutus munuaisten verenkiertoon ja verihytaleiden toimintaan. (Kalso & Vuorinen 2007, 10.)

Kipulääkeportaikossa lääkkeet luokitellaan portaittain, ensiksi tulee tulehduskipulääkkeet kuten, ibuprofeini ja naprokseeni, seuraava askel on miedot opioidit kuten tramadoli ja kodeiini, keksivahvaan opioidi ryhmään kuuluu buprenorfiini ja vahvoihin opioideihin kuuluu morfiini ja oksikodoni. (Bachmann 2000, 8.)

Lääkitykseen liitetään opioidit, silloin jos tulehduskipulääkkeet eivät yksin riitä. Tulehduskipulääkkeet ja opioidit vaikuttavat eri tavalla elimistössä, joten tulehduskipulääkkeen antamista voi jatkaa potilaalle jos siitä on ollut apua. Kipujen voimakkuuden mukaan valitaan, mitä opioideja potilaalle annetaan. Opioidit jaotellaan kolmeen eri ryhmään heikot, keskivahvat ja vahvat opioidit. (Kalso & Vuorinen 2007, 10–11.)

Syöpäpotilaalla voi myös olla erilaisia oireita, joihin ei varsinaisesti liity kipua. Potilaalla voi olla hengitykseen liittyviä oireita, kuten hengenahdistus ja yskä, ruuansulatuskanavaan liittyviä oireita, suun eri oireet, pahoinvointi ja oksentelu sekä suolitukos. Potilaalla saattaa olla myös ruokahaluttomuutta. (Nal & Pakanen 2001, 383–385.)

2.1.2 Lääkkeiden kivunhoito

Alikunto- oireyhtymälle potilas altistuu ollessa pitkäaikaisessa sairaalahoidossa ja/tai vuodelevossa. Alikunto- oireyhtymällä tarkoitetaan kun potilaan lihaskunto sekä fyysinen suorituskyky heikentyy normaalista. Fyysinen toimintakyky ja suorituskyky ovat elämän laatua mieltien tärkeitä asioita. Harvoin syöpä on este sille, ettei potilas pääsisi liikkumaan. Kun potilasta liikutellaan, tulee ottaa huomioon, onko potilaalla metastaaseja ja missä ne ovat. Kun potilasta liikutellaan, on hyviä liikunta muotoja esimerkiksi pyöräily ja käveleminen. (Kalso & Vuorinen 2007, 31–32.)

On tutkittu, että hyvä vuorovaikutus on potilaiden ja heidän omaistensa mielestä saattohoitovaiheessa eniten arvostettu asia. Luottamuksellinen keskustelu kuolemaa lähestyvän potilaan kanssa on äärimmäisen tärkeää potilaan turvallisuuden luomiseksi. Saattohoidon aloitusvaiheessa keskeistä on vuorovaikutus osana laadukasta hoitosuhdetta. (Hinkka 2004, 324.)

Terveystieteiden vuodeosasto useimmiten ei ole suunniteltu saattohoito potilaita varten ja tämä aiheuttaa ongelmia. Onnistuneen hoitoympäristön saavuttamiseksi saattohoito potilaalle tarvitaan mielikuvitusta sekä huolellisuutta. Mielialan ja viihtyvyyden kannalta on tärkeää, että turhat säännöt on otettu joustaviksi esimerkiksi omaiset voi tulla katsomaan potilasta vierailu ajoista piittaamatta milloin haluavat. On myös tärkeää, että omaiset tarpeen tullen osallistuvat potilaan hoitamiseen esimerkiksi syöttäminen tai kävelyttämien. (Hinkka 2004, 325.)

2.2 Palliatiivinen hoitotyö

Palliatiivinen hoitotyö tarkoittaa potilaan hoitamista, jonka sairautta ei pystytä enään parantamaan vaan potilas tulee menehtymään siihen. Palliatiivinen hoitotyö on kokonaisvaltaista ja aktiivista hoitotyötä, jossa on mukana moniammatillinen työryhmä. Palliatiivinen tarkoittaa kipua lievittävää ja vähentävää, oireenmukaista hoitoa sekä kipua helpottavaa hoitoa. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2012.)

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt palliatiivisen hoidon tavoitteet. Tavoitteena on, että potilaille saavutetaan mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä heidän omaisille. Tukihoitoon periaatteet on huomioitu (hyvä oireiden lievitys sekä hyvä viestiminen) taudin aikaisessa vaiheessa, nämä luovat onnistumista palliatiiviselle hoitotyölle. (Nal & Pakanen 2001, 381.)

Potilaan kaikkien oireiden huolellista hoitoa ja seurantaan tarkoitetaan oireenmukaisella hoidolla. Saattohoidosta puhutaan enemmän nykyään kun puhutaan kuolevan potilaan hoidosta. Saattohoito sisältää oireiden lievittämisen sekä potilaan omaisten tukemisen. (Hietanen, Moilanen, Pitkälä & Vainio 2004, 18–19.)

Potilaan oireenmukaisen hoidon aikaa ei ole rajattu. Potilaan hoito oireenmukaisessa hoidossa voi jatkua kuukausista vuosiin. Potilas voi tuona aikana viettää aktiivista elämää. Kun potilasta hoidetaan saattohoito vaiheessa, on hänen elämän rajallisuus todettu. Potilas on hyväksynyt rajallisuutensa. Potilaalle tavoitteena on antaa niin hyvä loppuelämä kun se vain on mitenkään mahdollista. Potilasta ja hänen omaisiaan tuetaan. (HUS, Palliatiivinen hoito ja saattohoito.)

2.3 Syöpäpotilaan ravitsemus

Vajaaravitsemukselle saattaa altistaa syöpä sekä sen hoidot. Kun potilaalla on hyvä ravitsemustila, auttaa se potilasta hänen hoitojen toteuttamisessa. Hyvä nesteytys ja ravitsemus ovat ravitsemushoidon tavoitteena. Potilaan hyvä elämänlaatu sekä toimintakyky ovat tärkeitä. Moniammatillinen työryhmä oireidenmukaisesti ja yksilöllisesti räätälöivät potilaalle ravitsemushoidon. Syövän oireet kuten oksentelu, pahoinvointi, ripuli sekä kipu saattavat vaikuttaa potilaan ravitsemukseen. (Ravitsemushoito 2010, 177.)

Osastoilla vajaaravitsemuksesta kärsivälle potilaalle tulisi tilata tehostettu ruokavalio. Potilaan toiveita kuunnellaan ja ruokavalion rakenne ja annosko-ko suunnitellaan yksilöllisesti. Potilaalle tilataan osastolle myös erilaisia lisäravinne juomia sekä hedelmäsoseita ja vanukkaita. (Ravitsemushoito 2010, 178.)

2.4 Syöpäpotilaan pahoinvointi

Noin puolet syöpäpotilaista kärsii oksentamisesta ja pahoinvoinnista. Syynä pahoinvointiin voi olla eritekiijät kuten, lääkitys, kurkunpään ahdistus, metaboliset tekijät, tulehdukset, ummetus ja suolitukokset. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös psyykkiset tekijät ja aivopaineen nouseminen. Tärkeintä on perussyyn hoitaminen. Pahoinvoinnin hoitamiseen on eri lääkkeitä. Pahoinvointia pyritään hoitamaan pahoinvoinnin mekanismin mukaan. (Syöpäkivun hoito-opas 2007, 32–33.)

Lääkettä pahoinvointiin voidaan lisätä tai vaihtaa seuraamalla lääkkeen vastetta. Potilaalle voidaan antaa suolen toimintaa lisäävää lääkettä, kortikosteroideja, jotka auttavat aivopaineen nousemisesta johtuvaa pahoinvointia. Pahoinvointiin mihin liittyy ahdistusta, voidaan hoitaa dopamiinireseptorisalpaajalla, kun potilaalla on menossa tehokkaat solunsalpaajat, jotka aiheuttavat pahoinvointia voidaan käyttää HT-3 salpaajia. Anksiolyyttjä voidaan käyttää pahoinvointiin, jonka aiheuttaa ahdistus. (Syöpäkivun hoito-opas 2007, 32–33.)

3 KIPU

Kivulla tarkoitetaan mitä hyvänsä tunnetta, minkä yksilön määrittelee kivuksi. Kipu on epämiellyttävä kokemus ja tunne ovat yksilöllinen. Kivun kokemuksen tunnetta ei voi verrata toisen ihmisen kanssa, koska kipu on jokaisella yksilöllistä. Kun potilas kertoo, että hänellä on kipua, on tunne silloin hänelle todellinen. Aikaisemmat kipukokemukset, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, kulttuuriset, henkiset tekijät vaikuttavat kiputunteen muodostumiseen. (Sailo 2000, 30.)

Syöpäsairauden joissakin vaiheessa, potilaista 50 – 80 % tuntevat kipua. Pelätyimpiä syövän oireita on kipu, useimmiten ja yleisemmin se tulkitaan merkiksi etäpesäkkeistä tai syövän etenemisestä. Kipua voi tulla myös muistakin syistä, kuten muista sairauksista tai hoidoista. (Johansson 2001, 4614.)

3.1 Nosiseptiivinen, neuropattinen ja idiopaattinen kipu

Nosiseptiivisellä kivulla tarkoitetaan kipua, joka syntyy kun kipuärsyke on tarpeeksi voimakas reagoimaan kipuhermopäätteeseen. Kipuärsyke on kudosaauriota aiheuttava. Nosiseptiiviselle kivulle normaaleja kiputiloja ovat, syöpä, tulehdukset ja iskemia. Nosiseptiivinen kipu jaotellaan kahteen ryhmään, viskelaariseen eli sisäelimistöä aiheutuva kipu ja somaattinen kipu (iho, luusto, lihas, ym.). (Sailo 2000, 32.)

Neuropattisella kivulla on eri syntymekanismi kuin nosiseptiivisellä kivulla. Neuropattisessa kivussa kipuvaurio on syntynyt suoraan kipua välittävään

hermoon. Neuropattista kipua voi aiheuttaa ulkoiset tai sisäiset tekijät. Ulkoisia tekijöitä voi olla esimerkiksi hammashoidon komplikaatiot ja sisäinen tekijä voi olla muun muassa kasvain, joka painaa hermoa. Neuropattiselle kivun kuvaamiselle on yleistä polttava, viiltävä, pistävä kiputuntemus. (Sailo 2000, 33.)

Idiopaattinen kipu on kiputila, jota voidaan kutsua psykogeeniseksi kivuksi. Kipuun ei liity kudos- tai hermovaurioita. Idiopaattiset kiputilat ovat yleisiä masennuspotilailla. On myös ajateltu, että krooninen kipuoireyhtymä peittää alleen masennuksen. Idiopaattiselle kivulle on tehty kriteeri. Kriteerit ovat Amerikan psykiatriyhdistyksen mielenterveyshäiriöiden luokitus. Kriteerit ovat, potilaalla on ollut kipua vähintään kuusi kuukautta, kivulle ei löydetä somaattista tekijää tarkoista tutkimuksista huolimatta, potilaan valittama kipu patologisten orgaanisten muutosten esiintyessä on suhteeton verrattuna objektiivisiin löydöksiin. (Sailo 2000, 33–34.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kivunhoitomenetelmiä, joita voi käyttää terveyskeskuksen vuodeosastolla. Terveyskeskusten vuodeosastolla kivunhoito on kuitenkin hieman erityylistä kuin isoissa sairaaloissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli myös tutkia hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoitotyöstä terveyskeskuksen vuodeosastolla ja mitä mahdollisia ongelmia kivunhoidossa on.

Opinnäytetyön tavoitteena oli hoitajien yhtenäisten käytänteiden selvittäminen sekä mahdollinen kehittäminen.

Opinnäytetyössä pyrittiin vastaamaan kysymyksiin:

1. Millaista syöpäpotilaan kivunhoitotyö on terveyskeskuksen vuodeosastolla?
2. Miten toteutetaan syöpäpotilaan kivunhoitotyötä tällä hetkellä terveyskeskuksen vuodeosastolla?
3. Miten syöpäpotilaan kivunhoitotyötä voidaan kehittää terveyskeskuksen vuodeosastolla?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyö toteutettiin kahdessa terveyskeskuksen vuodeosastolla, jotka sijaitsevat etelä Pirkanmaalla. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kivunhoitotyön menetelmiä hoitajien kokemana. Sekä tarkoituksena oli tarkastella tutkimukseen osallistuneiden vuodeosastojen käytänteitä ja eroaako

käytänteet toisistaan. Kohdejoukkona oli hoitajia vuodeosastoilta, jotka olivat työskennelleet syöpäpotilaiden kanssa.

Teemahaastattelun avulla kerättiin tutkimusaineisto. Teemahaastattelu suoritettiin neljälle sairaanhoitajalle sekä neljälle lähihoitajalle. Hoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun. Haastatteluista saama tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

5.1 Tutkimusmenetelmä, kohdejoukko ja aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi selvitettiin ensiksi teoria-tietoa sekä samalla käytettiin hyödyksi hoitajilta saamaa tietoa. Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisella teemahaastattelulla. Todellisen elämän kuvaaminen on lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä ei ole todentaa jo olemassa olevia väittämiä vaan pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita. Pyrkimyksenä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on kohteen mahdollisimman kokonaisvaltainen tutkiminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.)

Haastateltavat saivat vapaaehtoisesti ilmoittautua infotilaisuuden jälkeen haastattelijalle. Haastattelijoiksi sain kolme sairaanhoitajaa toiselta osastolta sekä yhden toiselta osastolta, lähihoitajista sain kaksi kummaltakin osastolta, jotta saatiin mahdollisimman laaja kokemus haastateltavasta aiheesta. Haastattelupaikkana käytettiin vuodeosastoilta katsottu rauhallinen paikka. Haastatteluun sai käyttää hoitajien työ aikaa. Haastattelu tilan varmuus varmistettiin osastonhoitajalta.

Haastatteluun osallistujia oli yhteensä kahdeksan. Haastatteluun osallistujille lähetettiin henkilökohtainen saatekirje, jossa kerrottiin opinnäytetyöstä. (LIITE 1.) Haastateltavat olivat vapaaehtoisia. Haastattelijat saivat vapaaehtoisesti ilmoittautua minulle osastokokouksessa, jossa opinnäytetyö esitettiin.

Vapaaehtoisten haastateltavien kanssa sovittiin mahdollisimman pian haastattelu päivä. Koska opinnäytetyö tehtiin kahdella vuodeosastolla, tuli esittely olla molemmilla vuodeosastoilla. Haastattelijoilta pyydettiin kirjallinen lupa, jossa he sitoutuvat allekirjoituksella haastatteluun (LIITE 2.), kuitenkin muistaen keskeytys mahdollisuuden missä vaiheessa tahansa. Jos haastateltavia ei olisi saatu yhteensä kahdeksaa, olisi hoitajia pitänyt motivoida positiivisesti. Mahdollista apua olisi voinut pyytää osastonhoitajalta. Haastattelijana kävin myös keskustelua niiden kanssa, jotka eivät päässeet infotilaisuuteen.

Opinnäytetyössä valittiin teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmäksi, koska se on mielenkiintoinen tapa hankkia tietoa ja se on hyvä tapa saada tietoa.

Niin kuin Hirsjärvi ym.(2007) toteaa että, "Haastattelu on siinä suhteessa ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa". Päämenetelmänä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ollut haastattelu. Haastattelu menetelmällä on hyvänä puolenaan, että sitä voidaan käyttää joustavasti vastaajia myötäillen sekä tilanteen mukaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 199–200.)

Teemahaastattelu runko esitettiin apulaisosaston hoitajalle, esitestaus oli hyvä, joten päätin käyttää sitä yhtenä varsinaisena haastatteluna. Teemahaastattelu runko (LIITE 3.) annettiin haastatteluun tulijoille etukäteen, ennen haastattelua. Vaikutusta kuitenkaan vastauksiin tästä ei ollut, koska vastanneet osasivat vastata samantyyllisesti.

Teemahaastattelun teemat olivat syöpäpotilaan kivunhoitotyö, syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö, syöpäpotilaan kivunhoitotyön ja palliatiivisen hoitotyön kehittäminen. Tutkimuslupa anottiin johtavalta hoitajalta toukokuussa 2013. Opinnäytetyöstä pidettiin tiedotustilaisuus, molempien yksiköiden osastotunnilla. Tiedotustilaisuuden jälkeen sai henkilökunta kysyä kysymyksiään opinnäytetyöstä. Sekä vapaaehtoiset saivat ilmoittautua osastotunnin jälkeen. Kummankin osastotunnin jälkeen minulla oli koossa kaikki haastateltavat. Haastateltavien kanssa sovittiin sähköpostitse haastattelujen ajankohdat.

Haastattelut suoritettiin kesä- lokakuulla 2013. Teemahaastattelurunko esitettiin ennen sen käyttöön ottoa. Jos esitestaus oli hyvä, voitiin sitä käyttää yhtenä haastatteluna. Teemahaastattelu toteutettiin hoitajien työaikana mahdollisimman rauhallisessa paikassa, haastattelut nauhoitettiin. Haastattelijat kirjoitti haastattelupäiväkirjaa teemahaastatteluiden jälkeen. Teemahaastattelu kesti kymmenestä minuutista yli kahteenkymmeneen minuuttiin. Haastattelu tiloina käytettiin apulaisosaston hoitajan huoneita sekä tyhjiä potilashuoneita. Haastattelut nauhoitettiin sekä litteroitiin, kirjoitettiin auki. Aineistoa kertyi yhteensä 24 paperia. Kirjoitukseen käytettiin valmiin opinnäytetyön pohjan asetuksia.

5.2 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Menettelytapana sisällön analyysi on tapa, jolla voidaan analysoida dokumentoida objektiivisesti ja systemaattisesti. Analyysiprosessin tekemiseen ei ole tiettyjä sääntöjä, mutta ohjeita sen etenemiseksi käytetään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3, 5.)

Aineiston analysointi prosessi, teemahaastattelu nauhoitusten litterointi (kirjoittaminen sana sanalta), aineiston pelkistäminen, pelkistämisen jälkeen aineisto luokitellaan kategorioihin, on ylä- ja alakategorioita, joihin tutkimustu-

losten tulee vastata. Lopuksi sisällön analyysin luotettavuus arvioidaan. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.)

Olennaista sisällönanalyysissä on, että osataan tutkimusaineistosta jakaa erilaisuudet ja samanlaisuudet. Sisällönanalyysissä merkitystä saavat ilmaukset aineiston merkityksestä, seurauksista, tarkoituksesta ja aikomuksista ja sen yhteyksistä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysi prosessi eteneminen jakautuu eri vaiheisiin; ”analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi.” (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.)

Haastatteluiden analysointi aloitettiin haastatteluiden litteroimisella. Litteroitu haastatteluaineisto luettiin monta kertaa. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ohjasivat haastattelu aineiston lajittelua sekä pelkistämistä.

Pelkistäminen tapahtui aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaisesti. Pelkistämässä aineisto vastasi tutkimuskysymyksiin. Pelkistämisen jälkeen aineisto luokiteltiin ala- ylä- ja pääluokkiin. Kaaviossa 1. Kuvattiin syöpäpotilaiden kivunhoitotyön eri tekijöitä (Liite 4), yläluokat olivat lääkkeetöntä kivunhoitoa, lääkkeellistä kivunhoitoa sekä hoitajien ja lääkäreiden vastuuta kivunhoitotyöstä. Kaaviossa 2. Kuvattiin syöpäpotilaiden kivunhoitotyön toteutumista (Liite 5), yläluokat olivat potilaan huomiointi kivunhoidossa sekä kivun seuranta. Kaaviossa 3. Kuvattiin Kivunhoitotyön kehittämistä (Liite 6), yläluokat olivat kivun seuranta, kivunhoidon kirjaaminen sekä kivunhoidon toteuttaminen. Kaaviossa 4. Kuvattiin palliatiivista hoitotyötä (Liite 7), yläluokat olivat ravitsemuksen ja ympäristön huomiointi ja hengellinen ja lääkkeetön hoito. Pääluokkien muodostumista yläkategorioiksi kuvataan liitteessä 8. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2003, 26–29.)

Ala- ylä- ja pääluokkien tekeminen tehtiin ensiksi erilliselle paperille, josta se muodostettiin kaavioiksi opinnäytetyön lopussa oleviin liitteisiin. Ala- ylä- ja pääluokkien muodostumisessa käytettiin värillisiä kyniä auttamaan saaman kategoriaan tulevien aiheiden luokittelua. Analysoinnin jälkeen opinnäytetyöhön tarkoitettu nauhoitettu ja litteroitu aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

5.3 Aineiston raportointi

Opinnäytetyön tulokset raportoitiin Hämeen ammattikorkeakoulun valmiiseen opinnäytetyön pohjaan sekä tulokset raportoitiin suullisesti loppuseminaarissa. Opinnäytetyön tulokset raportoitiin kummankin yhteistyö vuodeosaston osastotunneilla osastonhoitajan kanssa sovittuna ajankohtana. Opinnäytetyön valmistuttua se luovutettiin Hämeen ammattikorkeakoulun kirjastoon, yhteistyö osastoille sekä Theseus -verkkokirjastoon.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Haastatteluiden perusteella, analysoinnin jälkeen muodostui yksi pääkategoria, syöpäpotilaiden kokonaisvaltainen kivunhoitotyö, sekä neljä pääluokkaa kivunhoidon eri tekijät, kivunhoidon toteutus, kivunhoidon kehittämien sekä palliativinen hoitotyö.

Haastatteluun osallistuneet hoitajat olivat sairaanhoitajia sekä lähihoitaja. Haastatteluun osallistuneiden ikä oli 28 – 54 vuoden väliltä. Vastajilla oli työkokemusta neljästä vuodesta kolmeen kymmeneen vuoteen. Suurimalla osalla hoitajista oli jonkin näköistä lisä- tai täydennyskoulutusta.

6.1 Syöpäpotilaan kivunhoitotyön eri tekijät

Kivunhoitotyötä toteutettiin haastattelijoiden mielestä vuodeosastolla pääasiallisesti lääkkeellisesti kuitenkin muistaen mitä kuuluu hyvään perushoittoon, eli lääkkeettömän kivunhoitoon. Potilaita pyrittiin kuuntelemaan ja heidän toiveitaan toteuttamaan. Haastatteluista käy ilmi, että syöpäpotilaan kivunhoitotyö on suurimaksi osaksi asianmukaista, haastatteluista käy ilmi, että lääkäreiden osaaminen vaikuttaa kivunhoitotyön toteuttamiseen. Sekä hoitajien oma arviointi potilaan kivusta vaikuttaa kivunhoitotyön toteuttamiseen Käärio 1. (LIITE 4).

Lääkkeettömässä kivunhoidossa pidettiin huolta asentohoidoista, tukityöniillä sekä seuraamalla potilaan olemusta. Henkistä toimintakykyä pyritään pitämään yllä kuuntelemalla potilasta. Kivunhoitoon vaikuttaa myös potilaan ympäristö, rauhallinen huone, mahdollisuus yksityisyyteen, ilmaston mahdollisuus. Yhden tai kahden hengen huoneita on rajallinen määrä, mutta syöpäpotilaalle, varsinkin saattohoito vaiheessa pyritään järjestämään yhden hengen huone.

Potilaalle tulisi antaa läheisyyttä sekä potilasta tulisi kuunnella ja hänen toivomuksiaan toteuttaa siinä määrin kun se vain olisi mahdollista. Myös jäätä on saatettu joissain tapauksissa antaa kivunhoitoon, esimerkiksi suu syövässä.

”...läheisyyttä, kuuntelemista, yksityisyyden antamista joillekin, joku voi haluta että häntä hän ei oo missään monen hengen huoneessa vaan haluaa olla rauhassa, se on sitä että kuunnellaan sen potilaan toivomuksia...”

Haastatteluista käy ilmi myös, että potilaan ravitsemus on tärkeää. Potilaalta kysellään mahdollisia toiveita ruuan suhteen. Sekä onko potilaan mieluisampaa syödä kylmää vai kuumaa ruokaa, sosemaista vai minkä rakenteista ruokaa potilas tahtoo syödä. Haluaako potilas ihan jäistä ruokaa. Potilaan omalle kerrotaan, myös että voivat tuoda potilaalle sellaista syötävää mikä maisuu.

”... potilaan kokonaisvaltaista kuuntelemista ja sen potilaan toiveiden toteuttamista niiltä osin mitä se on mahdollista.”

Lääkkeellinen kivunhoito aloitetaan heti kun syöpäpotilas saapuu vuodeosastolle. Potilaalle aloitetaan ensiksi suun kautta kipulääkitys, sen jälkeen siirytään laastareihin jonka jälkeen asteittain voimakkaisiin kipulaastareihin ja mahdollisesti kipupumppuun.

Lääkkeelliseen kivunhoitotyöhön vaikuttaa lääkärin ohjeistus, sekä hoitajan arviointi potilaan kivusta. Hoitaja arvioi potilaan kipua eli kipumekanismeja eleistä, hikoilusta, levottomuudesta. Potilaan kanssa pyritään keskustelemaan kivunhoitotyöstä sekä ottamaan potilaan toivomukset vastaan. Osaston lääkärillä on vastuu kivunhoitotyöstä vuodeosastolla. Potilaan luona käydään useammin. Kipuasteikon kysyminen auttaa kivun vaikutusta ja tarvetta.

”...aloitetaan suun kautta lääkkeillä ja tietenkin miedommilla aluks mut sit vahvennetaan tarpeen mukaan ja sit aika paljon meillä on tätä laastareita, kipulaastareita ja sitten myöhemmin jos ei ne tehoo niin siirytään yleensä sitten kipupumppuun...”

Haastattelussa tuli ilmi, että hoitajat pitivät tärkeänä omaa sekä lääkärin vastuuta kivunhoidosta. Toiset hoitajat osaavat reagoida potilaan kipuun paremmin kuin toiset. Toiset tulkitsee potilaan kivun eritavalla, hoitajat lukevat erilailla potilaan elekieltä. Vastuussa kivunhoidosta on osaston lääkäri. Lääkärit osastoilla vaihtuvat usein ja tarvittavaa kokemusta ei aina löydy. Hoitajat kertoivat tilanteista, jolloin hoitajien tuli konsultoida erikoissairaanhoidon lääkäreitä kivunhoidosta.

”... joskus on myös tilanteita, että hoitaja ei anna kipulääkettä heti, vaan sanotaan kohta, ei osata tulkita potilaan kipua...”

6.2 Kivunhoitotyön toteutus

Hoitajien mukaan kokonaisvaltainen potilaan huomioiminen kivunhoidossa on tärkeää. Potilaiden mielipidettä kivunhoidosta kysytään, sekä potilaiden omaisten huomioimat asiat huomioidaan. Kivunhoidon toteutukseen kuuluu myös uusiin lääkkeisiin perehtyminen Kaavio 2. (LIITE 5).

Potilaan kanssa keskustellaan kokonaisvaltaisesti hoidosta, sekä kivunhoidon menetelmistä. Potilaan toivomuksia kuunnellaan sekä pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan. Omaiset huomioidaan, heille kerrotaan kivunhoidosta sekä heille annetaan mahdollisuus keskustella hoitajien ja lääkäreiden kanssa. Potilaan toimintakykyä pyritään pitämään yllä niin kauan kun se vaan on mitenkään mahdollista. Potilaalle pyritään antamaan yksityisyyttä, yhden tai kahden hengenhuoneeseen sijoittamalla.

”...käydään hänen luonaan useammin, tarkkaillaan häntä kivun näitä mekaniismeja ja kysellään häneltä siitä kivusta...”

”... omaisille kanssa tosi hyvin huomioida, et mä oon tykännyt nyt meillä on näitä nuorempia lääkäreitä, ne niinku ottaa ne omaiset ihan niinku erilailla huomioon...”

Potilasta tarkkaillaan kivunhoidon aikana, hänen eleitä ja eleitä onko potilas ahdistunut tai levoton. Potilaan kivun voimakkuutta hoitajat kysyivät vas-asteikolla.

”...kysymällä kipua asteikolla, kuuntelemalla hänen toiveitaan, seuraamalla potilaan yleisvointia...”

Hoitajat kokivat tärkeänä potilaan kivun kirjaamisen, kirjaamisen kehittymisen auttaa hoitajia arvioimaan potilaan kivun hoitoa. Lääkärit osaavat hoitajien kirjausten ja huomioiden perusteella tehdä päätöksiä koskien potilaan lääkahoitoa.

”...seurataan ja kirjataan ylös, sitten sen mukaan ja sen pohjalta sitten lääkäri tekee aina päätökset, että nostetaanko, muutetaanko kipulääkitystä ja miten...”

6.3 Kivunhoitotyön kehittäminen

Hoitajat pitivät tärkeänä lisäkoulutukset, sekä täydennys koulutukset. Hoitajilla on mahdollisuus ketjulähetti jaksoihin erikoissairaanhoidon, jossa he saavat kehittää omaa osaamistaan. Haastattelussa todettiin, että hoitajan oma vastuu koulutuksesta on myös tärkeää. Kaavio 3. (LIITE 6).

”...hoitajan omaa vastuuta osaamisestaan eli meillä on netit käytössä, meillä on kirjat käytössä, ei kaikkea voi sanoa, et se annetaan ulkopuolelta se pitää olla ittelläkin, se asenne siihen ja sit lähtee opettelemaan...”

Hoitajien kehittämisen ideoita oli muun muassa, kivunhoidon suunnitelman tekeminen, heti kun kivunhoitoa vaativa potilas tulee osastolle. On tärkeää, että hoitajilla on tarkat ohjeet kivunhoidosta, varsinkin ilta ja viikonloppu aikoina, jolloin ei ole lääkäreitä paikalla. Potilaan kanssa keskustelua voitaisiin lisätä entisestään.

”...mun mielestä lääkärin pitäisi jo tehdä yhdessä sairaanhoitajan tai hoitajien kanssa niin sitten tällainen kivun hoito ihan suunnitelma...”

Hoitajat kokivat, että kivunhoidon seuraamista tulisi kehittää esimerkiksi lisäämällä vas-asteikon käyttämistä. Potilasta tulisi kuunnella enemmän ki-

vunhoitoon liittyvissä asioissa. Hoitajilla ei ole tarpeeksi aikaa keskustella potilaiden kanssa.

”...olis aikaa kuunnella, keskustella potilaan kanssa ja omaisten kanssa yhdessä...”

”...enemmän mun mielestä meidän pitäisi kysellä sitä kipu asteikkoo... sen pitäis olla ihan päivittäistä, se et kysytään automaattisesti...”

Hoitajat olivat suurimaksi osaksi halukkaita lisä- ja täydennyskoulutukseen. Haastatteluissa käsi ilmi, että koulutuksen toivottiin olevan osastoilla, jotta koulutukset saisivat mahdollisimman suuren osallistujamäärän. Kehittämisen ideoita oli myös, että voitaisiin käydä osastotunnilla aina jotakin aihe-alueita lävitse esimerkiksi suun hoidosta. Sekä kehittämiseen ehdotettiin asiantuntijatiimien tekemistä osastoille, eli tiimi aktivoituisi aina kun tulee tietyn potilasryhmän potilas esimerkiksi syöpäpotilas ja heillä olisi erikoisosaaminen halussa.

”...ihan muutama semmonen tiimi ja tää tiimi aktivoituisi aina kun esimerkiksi tulis tämmönen öö... kivulias syöpäpotilas on se sitten kuratiivinen hoito tai palliatiivinen hoito vaihe ja heillä ois sitä erikoistietämystä...”

6.4 Palliatiivinen hoitotyö

Palliatiivinen hoito koettiin kokonaisvaltaisena potilaan huomioimisen sekä potilaan oireiden lievittämisenä. Potilaan kanssa pyritään keskustelemaan ja häntä pyritään kuuntelemaan. Potilaalle voidaan mahdollisuuksien mukaan yrittää saada vapaaehtoinen ihminen, jolla on aikaa potilaalle. Potilaan tahtossa voidaan pyytää pappia osastolle tapaamaan potilasta. Hoitajat suurimaksi osaksi tunsivat, että heillä ei ole aikaa potilaalle tarpeeksi Kaavio 4. (LIITE 7).

”...hänen henkistä ja fyysistä oloa koitetaan helpottaa hänen toivomallaan tavalla...”

Potilaalle pyritään antamaan sitä ruokaa mitä pystyvät syömään, potilaalla saattaa olla pahoinvointia mikä pitää ottaa huomioon. Potilaalle annetaan lisäravinne juomia. Hoitajat kokivat tärkeänä, että he kuuntelevat potilaan toivomuksia ja toteuttaa niitä mahdollisuuksien mukaan.

”...mielipiteitä kuunnellaan, heille yritetään sellasta ruokaa anataa mikä maistuu, jäätelöä, energiajuomia tulee ja sitten ihan tiputuksella...”

Mahdollisuuksien mukaan potilaalle yritetään järjestää rauhallinen huone, mahdollisesti yhden hengen huone. Ympäristössäkin on jouduttu huomioimaan vuodeosaston tilat. Vuodeosasto ei välttämättä ole täysin suunniteltu

saattohoito potilaan hoitamiseen, eli yhden hengen huoneita on liian vähän, mutta hoitajat pitivät kuitenkin resursseihin ja tiloihin nähden hoitoa hyvänä/kohtalaisena.

”... resursseihin ja tiloihin nähden hyvä/ kohtalainen, parantamista on paljon koska yksikkömme ei ole puitteiden puolesta puolesta paras mahdollinen hoito paikka palliatiiviseen hoitoon...”

Hoitajat halusivat tehdä potilaan elin ajat hyviksi sekä kivuttomiksi. Hoitajat kertoivat, että omaisilla olisi mahdollisuus yöpyä potilaan luona osaston tilanteen huomioon ottaen. Omaisilla on oikeus tulla tapaamaan potilasta vierailuajoista huolimatta. Kuitenkin kävi ilmi, että potilaan hoitaminen oli rutiinin omaista toimintaa. Potilaiden kanssa ei ollut tarpeeksi aikaa keskusteluun.

”... mun mielestä aika tärkeä on se että meillä hoitajilla ois aikaa enemmän jutella siellä ja kuunnella sitä potilasta, et sekin auttaa siihen kipuun...”

Koska osa palliatiivista hoitoa on myös lääkkeetön hoitotyö on osastoilla lääkkeettömänä kivunhoitona käytettiin muun muassa kylmäpakkauksia. Asentohoidoilla koettiin olevan tärkeä merkitys potilaan hoidossa, kuten jos potilaalla on hengenahdistusta, nostetaan vuoteen päätyä koholle. Osastoilla voitiin myös joissakin tilanteissa käyttää Ventipress nimistä laitetta, joka auttaa turvotusten poistamisessa. Hierominen koettiin auttavaksi, joissakin tilanteissa.

”...suunhoitoo, asentohoitoo, ihoo, lääkkeetöntä kivunhoitoo eli tämmöstä hyvää perushoitoo...”

7 POHDINTA

Opinnäytetyössä kuvailtiin hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoitotyöstä. Opinnäytetyössä käytiin läpi kivunhoidoin eri muotoja, kuinka syöpäpotilaan kivunhoitotyö oli toteutettu vuodeosastolla. Hoitajilta selvitettiin myös kehittämisen kohteita ja kehittämis ideoita syöpäpotilaan kivunhoitotyöhön. Hoitajat kuvasivat myös palliatiivista hoitotyötä vuodeosastolla.

Hoitajat kokivat potilaan hoitotyön olevan hyvin pitkälle asianmukaista. Asianmukaiseen hoitoon vaikutti organisaatio, sekä lääkäreiden suuri vaihtelu koettiin vaikuttavan asianmukaiseen hoitoon. Asianmukaisuuteen vaikuttavia tekijöitä oli myös hoitajan osaaminen kivun reagoinnille. Haastatte- luissa myös todettiin, että vielä olisi kehittämisen varaa asianmukaisuuteen.

Tuloksista selvisi, että lääkehoito jakautuu lääkkeettömään ja lääkkeelliseen kivunhoitoon. Lääkkeetöntä kivunhoitotyötä kuvailtiin asentohoitona, kipu pisteen hieromista ym. Hoitajat kuvailivat myös fysioterapeutin auttavan tie-

tyissä lääkkeettömissä hoidoissa, kuten Ventipress -hoidoissa. Lääkkeetöntä kivunhoitoa pidettiin suurimmaksi osaksi hyvänä perushoitona, jolloin potilaan tarpeet otettaisiin huomioon kokonaisvaltaisesti.

Haastatteluista kävi ilmi, myös hoitajien ajan puute ja sen tuomat vaikeudet. Potilas saattaa joutua olemaan pitkiä aikoja yksin, ellei hänellä ole omaisia tai potilas ei osaa soittaa hälytyskelloa. Hoitajat korostivat kuitenkin, että potilaan toivomuksia pyrittiin kuuntelemaan ja hiljaisen hetken tultua potilaan luokse mennään keskustelemaan ja kuuntelemaan potilasta.

Kehittämisen ideoita, liittyen lääkkeettömään kivunhoitoon, tuli muun muassa sellaisia, että hoitajat voisivat osastotunneilla käydä aina jotakin osa- alueita lävitse, kuten suun ja ihon hoitoa, asentoa ja ravitsemukseen liittyviä asioita.

Lääkkeellistä kivunhoitoa kuvailtiin suun kautta annettavilla lääkkeillä, jotka muutettaisiin tarpeen tullen vahvemmiksi kipulaastareiksi sekä potilaalle voitaisiin laittaa myös kipupumppu. Kipupumppuun voitaisiin laittaa itse kipulääkettä, mutta sinne voidaan laittaa myös rauhoittavaa lääkettä, jos potilas on esimerkiksi kovin ahdistunut.

Kivunhoidon tarvetta ja vastetta pyrittiin kysymään potilaalta esimerkiksi vastusteella. Sekä potilaan eleitä, ilmeitä, liikehdintää sekä levottomuutta seurattiin. Potilaan kanssa keskusteltiin kivunhoidon riittäväisyydestä. Potilaan kanssa käydyt keskustelut ja potilaasta tehdyt huomiot kirjattiin, jotta lääkäri osaisi paremmin tehdä muutoksia potilaan lääkitykseen.

Kivunhoito aloitettiin vuodeosastoilla välittömästi kun syöpäpotilas saapui osastolle, kuitenkin oli niitä tilanteita kun syöpäpotilas tuli erikoissairaanhoidosta ja hänellä ei ollut riittävää kipulääkitystä. Tässä tilanteessa hoitajien varsinkin osaston sairaanhoitajien resurssit menevät siihen, että he alkavat selvittämään potilaalle riittävää kipulääkitystä.

Hoitajat pitivät tärkeänä saada uutta tietoa lääkkeistä ja niiden mahdollisista yhteisvaikutuksista. Lääkärin vastuuta kivunhoidosta painotettiin. Hoitajien mielestä oli tärkeää, että lääkäriellä oli riittävä kokemus syöpäpotilaiden kivunhoidosta, että lääkärit määräisivät riittävän kivunlievityksen. Pidettiin myös tärkeänä, että lääkäriellä ei mennyt hirveän kauaa potilaan lääkityksen selvittämisessä.

Lääkkeellisen kivunhoidon kehittämisen ehdotuksia oli muun muassa kivunhoidon suunnitelma, suunnitelma jossa heti syöpäpotilaan tullessa osastolle lääkärit yhteistyössä hoitajien kanssa suunnittelisi potilaalle riittävän lääkityksen. Hoitajat kokivat myös, että lääkäri voisi kirjata tietokoneelle enemmän hoito- ohjeita kivunhoidosta, esimerkiksi kuinka hoitajat toimisi jos potilaan kivut lisääntyisivät viikonlopun aikana.

Palliatiivinen hoito koettiin suurimmaksi osaksi potilaan hyvänä kokonaisvaltaisena hoitona, johon kuului lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito. Potilaalle pyrittiin järjestämään rauhallinen huone, mahdollisuuksien mukaan yhden tai kahden hengen huone, jossa olisi myös tilaa omaisille. Ympäristön ilmastointia pyrittiin muokkaamaan sen mukaan kun potilas pyysi.

Potilaan ruoka toiveita koetettiin toteuttaa, varsinkin siinä vaiheessa erityisesti jos potilaalla oli suuri ongelma pahoinvoinnin kanssa. Potilaalle tarjottiin energiajuomia, jotka ovat lisäravinnetta. Potilaan annettiin ruokailla omassa huoneessa, jos potilas tahtoi niin. Hoitajat kuvailivat, että on tärkeää pitää huolta suolen toiminnasta, koska potilaalla joka syö vahvoja kipulääkkeitä, tulee usein ongelmia suolen toiminnan kanssa.

Koulutuksen tärkeyttä painotettiin, koulutusten tulisi olla sellaisia, jotka olisivat mieluiten osastoilla järjestettävää, jotta osallistujia määrät olisivat mahdollisimman suuret ja kaikki saisivat siitä mahdollisimman paljon. Hoitajat kuvailivat myös, että lääkärit tarvitsisivat lisäkoulutusta lääkehoitoon. Haastattelussa pidettiin myös tärkeänä hoitajan omaa vastuuta omasta kouluttautumisestaan. Ei saisi vain jäädä odottamaan, että kaikki koulutus annettaisiin ulkopuolelta vaan hoitajan tulisi itse etsiä tietoa, esimerkiksi netistä ja kirjoista. Hoitajat kokivat myös, että tarvittaisiin lisää koulutusta potilaan henkiseen hoitamiseen, koska henkisen hyvinvoinnin uskotaan parantavan mahdollisesti osaa potilaan kivuista.

Palliatiivisessa hoidossa potilaita on lähes jatkuvasti. Syöpä mitä potilaat sairastavat vaihtelee usein, ei voida nimetä tiettyä syöpää mitä esiintyy suurimmalla osalla potilaista. Hoitajat arvioivat syöpäpotilaiden keski-ikä olevan noin viidestäkymmenestä seitsemänkymmeneen.

Potilaan omaiset hoitajat kokivat suurimmaksi osaksi avuksi hoitotyöhön, sekä omaisia kannustettiin mukaan potilaan hoitotyöhön. Omaisille kerrottiin mitä he voivat potilaan kanssa tehdä, esimerkiksi syöttää potilasta, kostuttaa potilaan suuta, juottaa potilasta. Hoitajat pyrkivät järjestämään aikaa silloin kun omaisilla oli heille jotakin kysyttävää, tai he tahtoivat kertoa potilaan voinnista.

7.1 Luotettavuus

On tärkeää, että haastatteluaineisto on luotettavaa. Luotettavuutta tuo, että tutkittavan aiheen tapahtumat koskevat haastateltavaa. Luotettavuutta lisää tutkijan pitämä haastattelupäiväkirja. Haastattelupäiväkirjaan tutkija kirjoittaa oman analysoinnin siitä kuinka haastattelu on mennyt. Laadullisella tutkimuksella pyritään luomaan käsitteitä, mitä voi käyttää käytännössä. Raportoinnissa tulee pyrkiä selkeyteen. Raportista lukijan tulee ymmärtää tutkijaa,

niin että tutkijan arviointia ja päättelyä on selkeä seurata. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 216–220.)

Tutkijaan, aineiston analyysiin, aineiston laatuun sekä tulosten esittämiseen liittyy edellä mainitut laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset. Tutkittavan ilmiön tavoitettavuus vaikuttaa aineiston keruusta saamaan tietoon. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulee tarkastella seuraavia seikkoja tutkimuksen totuusarvoa, pysyvyyttä ja neutraalisuutta sekä sovellettavuutta. Sisällönanalyysillä tulee aineiston ja tulosten välisen yhteyden todentaminen, tämä on tärkeää sisällönanalyysin tulosten luotettavuudessa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36 – 37.)

Tutkimustulosten luotettavuutta lisää suorien ilmausten lisääminen tulosten kirjaamisen yhteydessä.

7.2 Eettisyys

Miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta, siitä on tutkimusetiikassa kyse. Jotta hoitotyöntekijä voi käyttää tutkimusta hoitotyössä, on hänen ensin arvioitava tutkimuksen laatu sekä eettisyys. Pyrkimyksenä tutkimuksella on löytää jokaiselta tutkittavalta osa-alueelta totuus käyttäen hyväksytyjä menetelmiä. Erityisesti keskeinen asia eettisyys on silloin kun tutkijan lähteenä käytetään ihmisiä. On olemassa normeja ja julistuksia jotka ohjaavat tutkimus etiikkaa, niitä ovat mm. Eettiset ohjeet ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksissa, Hoitotyön tutkimuksen eettiset suuntaviivat Pohjoismaissa 1983. Ihmisoikeuksien julistus on yksi normien tärkeimmistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 362–363.)

Tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkittavia ihmisiä kohdellaan kunnioittavasti ja rehellisesti. Tutkimukseen osallistumiselle tulee pyytää suostumus ja tämä on osa osallistujan kunnioitusta. Tutkimukseen osallistujan tulee saada tarpeeksi paljon tietoa tutkittavasta asiasta etukäteen sekä mahdollisimman runsaasti. Tutkimukseen osallistujalla on oikeus keskeyttää tai kieltäytyä tutkimuksesta niin halutessaan. Osallistujilla on oikeus anonymiteettiin, jolloin heidän henkilöllisyytensä ei ole tunnistettavissa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 367.)

Opinnäytetyössä haastateltavan anonymiteetti säilyi koko opinnäytetyön ajan. Haastattelijana oli tärkeää pysyä neutraalina haastattelu tilanteessa, koska tunsin osan haastateltavista, etten vaikuta heidän vastauksiinsa. En uskonut tämän kuitenkaan vaikuttavan vastauksiin, koska opinnäytetyö palvelee niin hyvin juuri kyseistä vuodeosastoa.

Teemahaastattelut nauhoitettiin, joten oli tärkeää kun analysointi oli tehty, että nauhoitukset tuhottiin asianmukaisesti. Jos haastattelun aikana ilmeni poti-

lastietoja tai potilaiden yksityistietoja, ne hävitettiin jo nauhoitusvaiheessa. Haastateltavilta tuli saada kirjallinen suostumus haastatteluun, suostumuksessa, he vapaaehtoisesti allekirjoittivat suostumuksensa osallistumiselle. Sopimuksessa kävi ilmi, että haastattelun sai keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Opinnäytetyölle hankittiin tutkimus lupa, jotka myönsi tutkittavan vuodeosaston johtava hoitaja.

7.3 Johtopäätökset

Hoitajat kuvasivat syöpäpotilaan kivunhoitoa monenlaiseksi. Kivunhoito sisälsi lääkkeettömän kivunhoidon ja lääkkeettömän kivunhoidon. Hoitajat pitivät tärkeänä potilaan kivunhoidon arvioinnin, sekä kirjaamisen ja toteuttamisen. Hoitajien mukaan kivunhoidon jatkuvuuteen tulisi panostaa, esimerkiksi kivunhoito suunnitelmalla, josta näkisi, mitä lääkettä annetaan ja kuinka usein annetaan, ettei potilaalle tulisi kipuhuippuja.

Syöpäpotilaan hoitotyö ei mielestäni poikennut vuodeosastojen välillä. Kummallakin osastolla oli tarkoituksena potilaan kokonaisvaltainen hyvä hoito, missä potilaan ei tarvitsisi missään olosuhteissa kärsiä kivuista.

Potilaan kuuntelemista pidettiin tärkeänä, kuitenkin siihen vaikutti hoitajien aika, sekä resurssit. Hoitajilla tulisi olla enemmän aikaa potilaan yksilölliseen hoitamiseen. Potilaan henkistä puolta koetettiin avustaa pyytämällä pappia käymään jos potilas halusi tai mahdollisella vapaaehtoisella, joka kävisi potilaan kanssa juttelemassa.

Potilaan kokonaisvaltaista hoitamista pidettiin tärkeänä, niin syöpäpotilaiden kohdalla kuin kaikkien muidenkin potilaiden kohdalla.

Suomessa elää jo 230 000 ihmistä, joilla on syöpä tai heillä on ollut syöpä. Toiset ihmiset ovat parantuneet, toisille on jäänyt jokin vamma syövän hoidosta tai taudin tuoma vamma. Ihmisiä sairastuu jatkuvasti syöpään. Ihmisiä kuolee syöpään joka vuosi noin 11000, joka tarkoittaa että kuoleman syyksi joka viidennessä tapauksessa todetaan syöpä. (Pukkila, Rautalahti & Sankila 2011, 28.)

7.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämisehdotuksena olisi, että vuodeosastot pitäisivät säännöllisesti koulutus hetkiä omien katsomiensa tarpeiden mukaisesti. Lääkehoidon koulutuksia olisi esimerkiksi lääke- edustajien tapaaminen, sekä hoitajat saisivat käyttökoulutusta kivunhoidon laitteistonsa.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi kivunhoidon suunnitelman tekeminen osastoille. Kummallakin osastolla olisi samanlainen suunnitelma mitä voitaisiin noudattaa. Suunnitelmasta kävisi ilmi, mitä lääkkeitä potilaalle voi antaa ja kuinka paljon, ettei tulisi kipuhuippuja vaan kivun lievitys olisi tasaista.

LÄHTEET

- Bachmann, M. 2000. Syöpäpotilaan kivunhoito- vaatii asenteiden arviointia. *Pinsetti* 1, 8 –9.
- Hamunen, K. ja Heiskanen, T. 2009. Syöpäkipu ja elämänlaatu. *Kipuviesti* 1, 10–12.
- Hamunen, K., Heiskanen, T. & Idman, I. 2009. Syöpä kivun kolme tasoa. *Suomen Lääkärilehti* 41 (64), 3413–3415
- Hietanen, P., Moilanen, K., Pitkälä, K. & Vainio, A. 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Hietanen, P. & Vainio, A. (toim.) *Palliatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Duodecim, 16–32.
- Hinkka, H. 2004. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa Hietanen, P & Vainio, A. (toim.) *Palliatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Duodecim, 323–328.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 157, 199–200.
- Holma, S., Joronen, K. & Koivula, S. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmäohjauksesta. *Hoitotiede* 22 (4), 294 – 296.
- Palliatiivinen hoito ja saattohoito. HUS. Viitattu 8.11.2013.
http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/syopataudit/syovan_hoito/Sivut/Palliatiivinen-hoito.aspx
- Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. ja Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Johansson, R. 2001. Syövän vai hoidon aiheuttamat oireet. *Suomen lääkäri-lehti* 45 (56), 4613–4615.
- Kalso, E. & Vuorinen, E. 2007. Syöpä kivun hoito- opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Viitattu 7.11.2012.
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/node/214>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* (11) 1, 3–5.
- Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Mikä on syöpä. Syöpäjärjestöt. Viitattu 5.11.2013.
<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/>

Molander, G. 1999. Työnä kuolemaan hoitaminen – mistä voimavarat. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Nal, H. & Pakanen, V. 2001. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Finnanest 4 (34), 381–386.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmenetelmä. Helsinki: WSOY.

Pukkala, E., Sankila, R. & Rautalahti, M. Syöpä Suomessa 2011. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 82. Helsinki: Suomen Syöpäyhdistys, 28.

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A- M. (toim.) Kivunhoito. Helsinki: Kustannusyritys Tammi.

Salmenoja, H. & Salminen, E. 2007. Tunnistammeko syöpäpotilaan oirekirjon? Duodecim 123 (7), 825 – 828.

Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry. 2012. Mitä on palliatiivinen hoitotyö? Viitattu 14.12.2012. http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/

Suomen syöpärekisteri 2012. Viitattu 18.3.2013.
<http://stats.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0021i0.html>

Ravitsemushoito – Suositus sairaaloihin, terveystieteiden tutkimuskeskuksiin, palvelu- ja hoitokoteihin sekä kuntoutuskeskuksiin. 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita, 177–178.

Vainio, A. 2009. Syöpään liittyvän kivun hoito. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 8.11.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=kha00064&p_teos=kha&p_osio=107&p_selaus=

Vuorinen, E. 2008. Syöpäpotilaan kivun hoito – opas potilaalle. Suomen Syöpäpotilaat ry. Helsinki: Suomen syöpäpotilaat.

Hyvä haastateltava!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta Forssasta. Olen tekemässä opinnäytetyötä syöpäpotilaan kivunhoitotyöstä. Tarkoituksena on selvittää syöpäpotilaan kivunhoitotyötä sekä kuinka sitä voidaan kehittää. Tavoitteena on luoda yhtenäisiä käytänteitä molemmille vuodeosastoille.

Tutkimus on tärkeä koska sen avulla saadaan tietoa syöpäpotilaan kivunhoidosta vuodeosastoilla sekä mahdollisia kehittämisideoita. On myös tärkeää selvittää, minkälaisia käytänteitä vuodeosastoilla on käytössä.

Teen haastattelun teemahaastatteluna. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoisia. Haastattelu tehdään yksikkösi tiloissa, aikaa haastatteluun kuluu puolesta tunnista tuntiin. Haastattelu suoritetaan työaikana. Haastattelun voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Saat teemat, mitä haastattelussa käytän, tietoosi ennen haastattelua.

Haastattelut nauhoitetaan ja pidän haastattelupäiväkirjaa. Kaikki materiaali käsitellään, niin ettei ketään pystytä niistä tunnistamaan ja kun tulokset ovat saatu kirjattua, aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Osallistumisesi teemahaastatteluun on tärkeää, jotta saadaan luotettava selvitys vuodeosastosi syöpäpotilaan kivunhoitotyöstä.

Jos sinulle tulee jotakin kysyttävää, ota vain yhteyttä, kerron mielelläni lisää opinnäytetyöstäni.

Anni Rupponen

Suostumus haastatteluun.

Minä _____ suostun Anni Ruppisen opinnäytetyön haastatteluun. Minulla on oikeus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa.

Aika _____ paikka _____

Teemahaastattelurunko

Taustatiedot

- ikä
- ammatti
- kauan on toiminut kyseisessä työssä
- 1. Mikä on ikäsi?
- 2. Mikä on ammattisi?
- 3. Kuinka kauan olet toiminut kyseisessä ammatissa?
- 4. Onko sinulla kivunhoitoon liittyvää lisä/täydennys koulutusta?

Syöpäpotilaan kivunhoitotyö

- kivunhoitotyö omassa yksikössä
- asianmukainen kivunhoitotyö
- potilaan kuuntelu kivunhoitotyö
- kivunhoitotyön kehittäminen
- 5. Kerro minkälaista syöpäpotilaan kivunhoitotyö on omassa yksikössäsi?
- 6. Onko syöpäpotilaiden hoitotyö asianmukaista yksikössäsi?
- 7. Millä tavalla syöpäpotilas otetaan huomioon kivunhoitotyössä?
- 8. Mikä olisi kehittämiskeino syöpäpotilaan kivunhoitotyössä omassa yksikössä?
- 9. Minkälaista lisäkoulutusta kivunhoitotyöhön tarvittaisiin yksikössäsi?

Minkälaisia syöpäpotilaita yksikössäsi on?

Mikä on noin arvio syöpäpotilaiden iästä?

Kuinka nopeasti syöpäpotilaan kivunhoitotyö aloitetaan yksikössäsi?

Kerro syöpäpotilaan lääkkeettömästä kivunhoidosta yksikössäsi?

Kerro millä tavalla syöpäpotilaan omaiset on huomioitu kivunhoitotyössä?

Syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö

- palliatiivinen hoitotyö omassa yksikössä
- palliatiivisen hoitotyön kehittäminen

10. Kerro minkälaista syöpäpotilaan palliatiivinen hoitotyö on yksikössäsi?

11. Millä tavalla syöpäpotilas otetaan huomioon palliatiivisessa hoitotyössä?

12. Kuinka kehittäisit palliatiivista hoitotyötä yksikössäsi?

13. Minkälaista lisäkoulutusta palliatiiviseen hoitotyöhön tarvittaisiin yksikössäsi?

Kuinka usein syöpäpotilaita on palliatiivisessa hoidossa yksikössäsi?

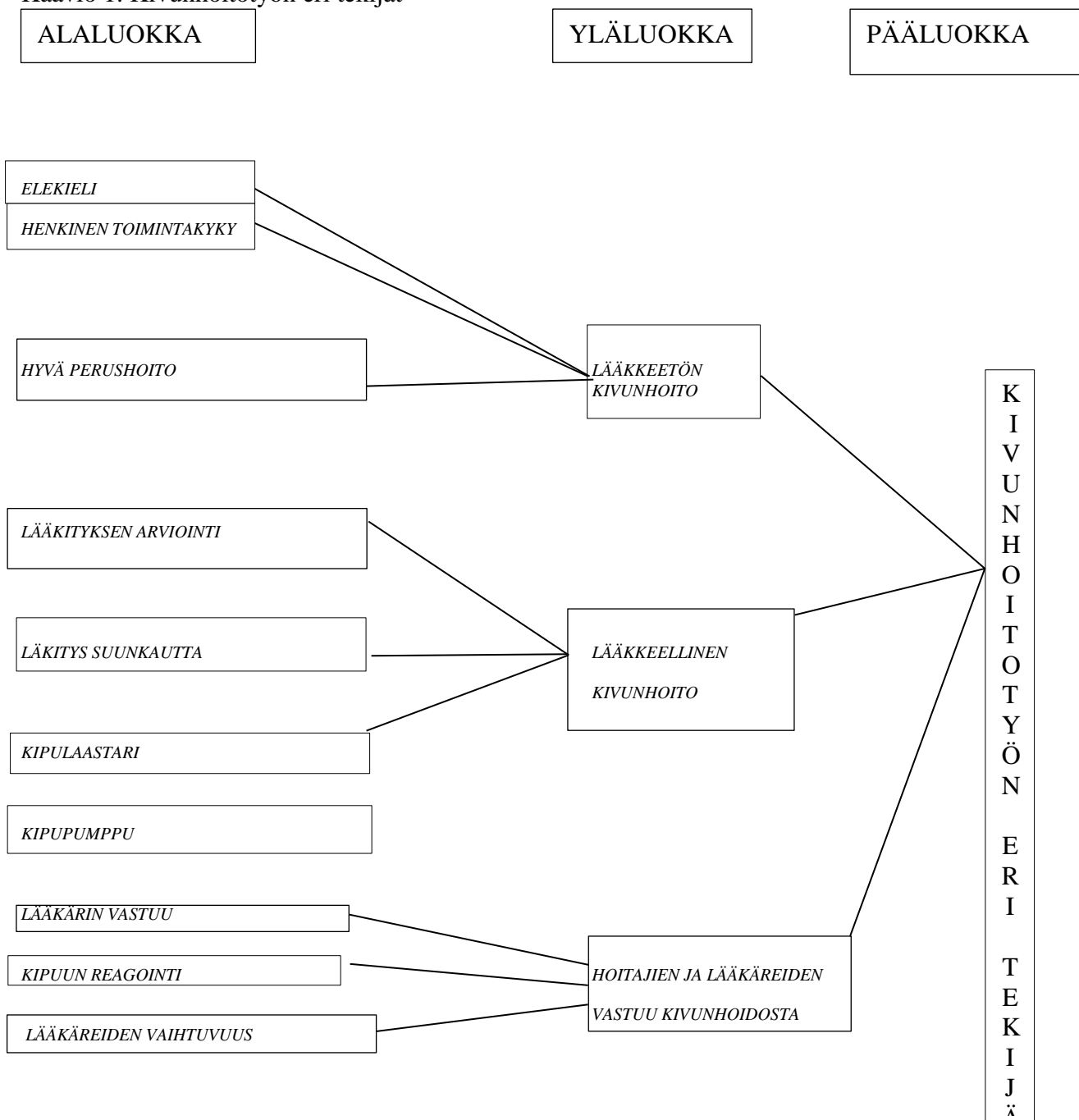
Kuunnellaanko syöpäpotilaan mielipidettä hoitoon liittyvissä asioissa?

Kuinka usein huomioidaan syöpäpotilas, joka on palliatiivisessa hoidossa?

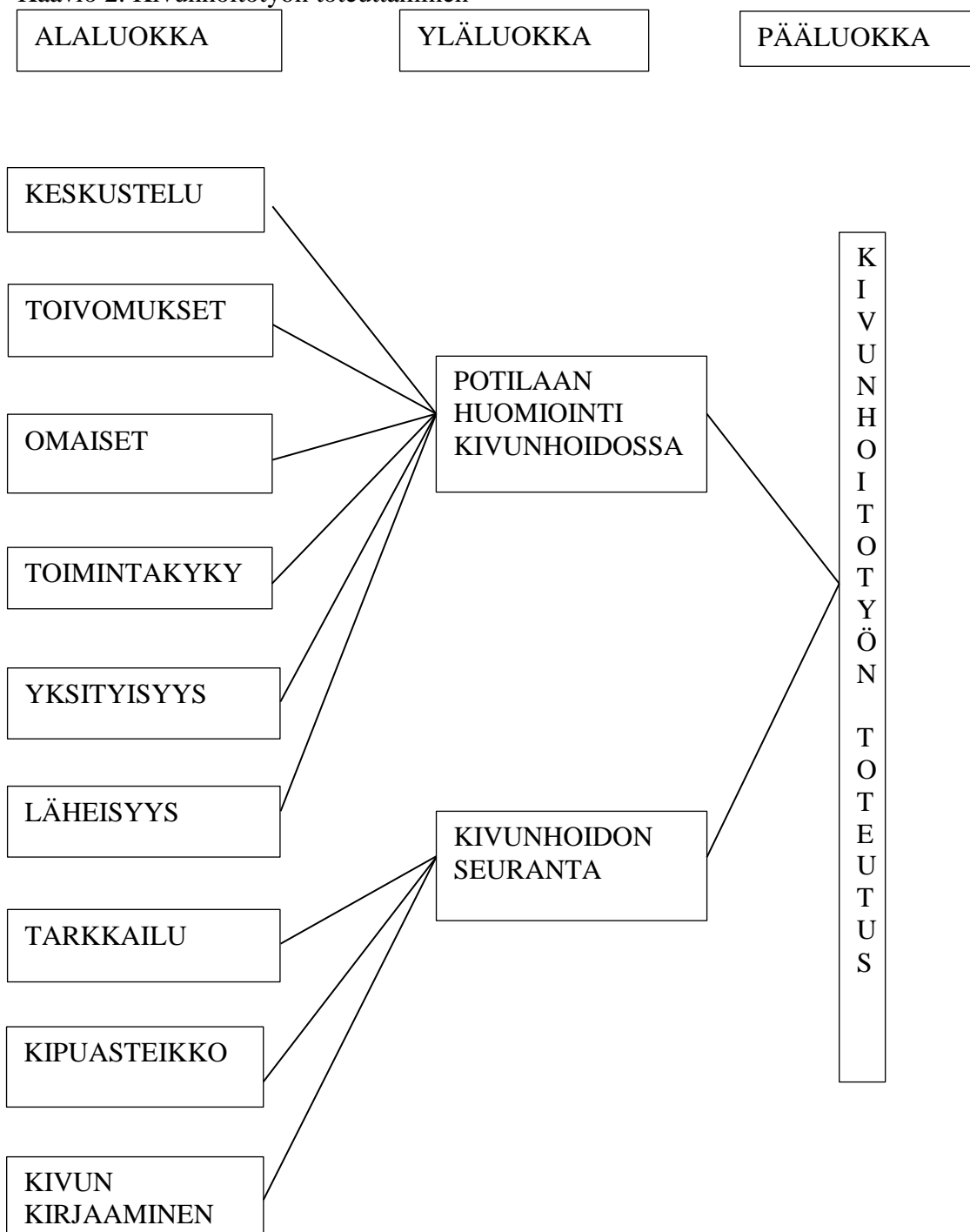
Kerro millä tavalla omaiset on huomioitu palliatiivisessa hoitotyössä?

Tuleeko sinulle vielä jotakin mieleen, mitä tahtoisit kertoa näihin aiheisiin liittyen?

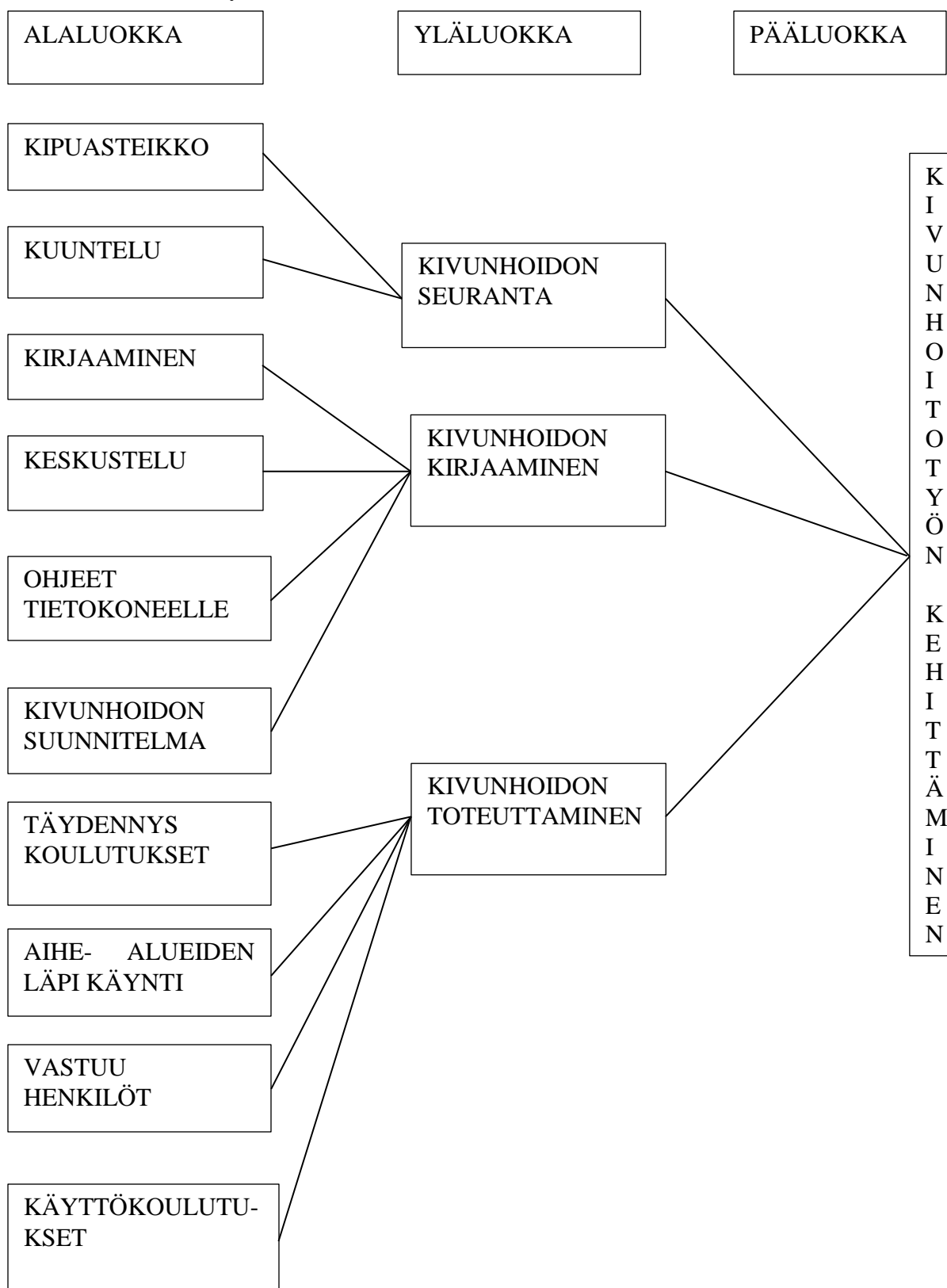
Kaavio 1. Kivunhoitotyön eri tekijät



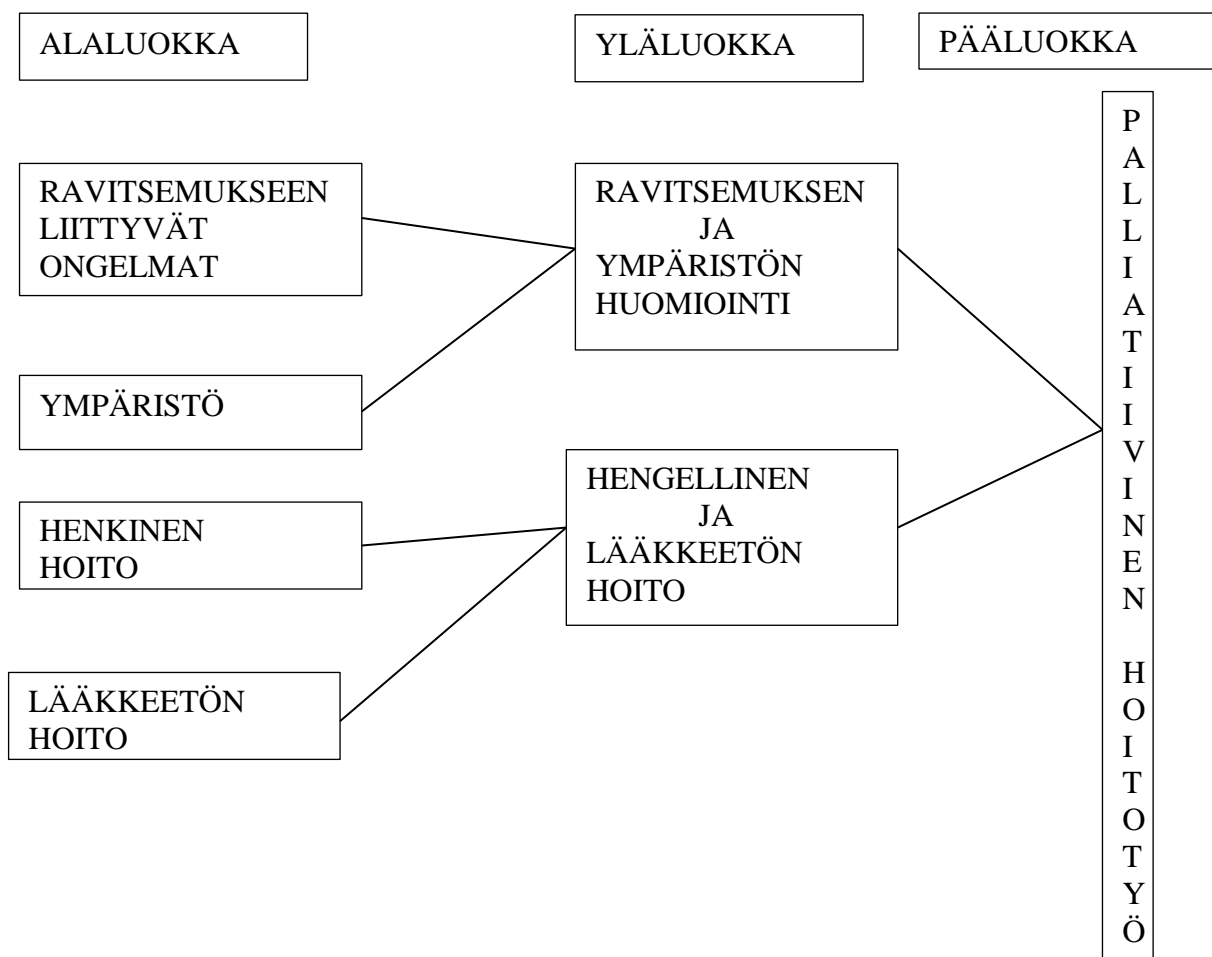
Kaavio 2. Kivunhoitotyön toteuttaminen



Kaavio 3. Kivunhototyön kehittäminen



Kaavio 4. Palliatiivinen hoitotyö



Kaavio 5. Miten yläkategorioista on muodostettu pääluokka.

